

東区医師会 フェイスネット  
—新規患者登録用紙—

◎患者氏名	フリガナ	性別
		男性 ・ 女性

◎生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
-------	----------	---	---	---

◎患者住所
-------

◎患者電話番号
---------

◎患者の部屋の作成申請者	(医師・訪問歯科医師・訪問看護師・ケアマネ)
--------------	------------------------

◎主治医施設名	主治医氏名
---------	-------

※ 主治医は、医師または歯科医師

◎主病名（要介護度： ）
--------------

病状および特記事項
-----------

連携事業所	施設名	担当者名
◎ケアマネ		
訪問看護		
訪問リハビリ		
その他		

わかる範囲でご記入後（◎は必須）、東区医師会事務局まで FAX またはメール送信ください。

 一般社団法人 広島市東区医師会事務局  
〒732-0055 東区東蟹屋町9番34号  
(東区総合福祉センター2階 区保健医療総合相談室内)  
担当：河野・木原 TEL:506-1714 FAX:506-1704  
higashikuishikai@higashiku.city.hiroshima.med.or.jp